

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

484

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean MARTIN

Né le 11 Mai 1918, à Ravlères (Yonne).

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

19 DEC 1944

L'ECLAMPSIE CONVULSIVE

A LA CLINIQUE TARNIER

AU COURS DE L'ANNÉE 1943-1944

Président : M. LANTUÉJOUL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **MARTIN.**

Prénom : **Jean.**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

MARTIN (Jean). -
L'éclampsie convulsive à la
Clinique Tarnier au cours de
l'année 1943-1944. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1944, in-8°,
63 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1944, N°).

MARTIN (Jean). -
L'éclampsie convulsive à la
Clinique Tarnier au cours de
l'année 1943-1944. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1944, in-8°,
63 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1944, N°).

MARTIN (Jean). -
L'éclampsie convulsive à la
Clinique Tarnier au cours de
l'année 1943-1944. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1944, in-8°,
63 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1944, N°).

MARTIN (Jean). -
L'éclampsie convulsive à la
Clinique Tarnier au cours de
l'année 1943-1944. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1944, in-8°,
63 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1944, N°).

1911

1912

1913

1914

1915

1916

1917

1918

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean MARTIN

Né le 11 Mai 1918, à Ravières (Yonne).

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

L'ECLAMPSIE CONVULSIVE
A LA CLINIQUE TARNIER

AU COURS DE L'ANNÉE 1943-1944

Président : M. LANTUÉJOUL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LÉROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Justin BEZANÇON.
Technique opératoire	MOULONGUET.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLÉRY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance....	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants.....	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	BROCQ.
	QUENU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	LANTUEJOUL.
Clinique d'accouchement	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	OONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clévis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAT	Pathologie médicale.
N.	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
N.	Hydrologie.	LAVIER	Parasitologie.
BONNET	Bactériologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BROUET	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CACHERA	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	RENARD	Ophtalmologie.
DEGREZ (H.)	Physique.	RICHET	Physiologie.
DESOILLE	Médecine légale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
LE LORIER	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE .	} Clinique médicale
BRULE	
CHEVALLIER ..	
LAROCHE Guy ..	
MOREAU	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
GATELLIER	
DE GAUDART ..	
D'ALLAINES ..	
MOULONGUET ..	

M.

ECALLE Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.

LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE (*In memoriam*)

A MES PARENTS

Je leur dois tout.

*Humble témoignage de mon
amour filial.*

A MA FEMME

*« Pour le meilleur et pour le
pire. »*

A MON FILS

A MA SŒUR

A MES FRERES

A MON BEAU-PERE,
MONSIEUR MARCEL BRISSIAUD

Secrétaire adjoint à la Faculté de Médecine.

Médaille Militaire.

Croix de Guerre.

*qui n'a cessé de nous prodiguer
ses conseils et son aide au cours
de nos études. Toute notre recon-
naissance et notre affection.*

A MA BELLE MERE

Toute notre affection.

A MON COUSIN, LE DOCTEUR MARCEL LAPIPE

Lauréat de la Faculté de Médecine,

Assistant d'électro-radiologie à l'Hôpital de Vaugirard

*qui le premier, par son exemple,
a beaucoup contribué au choix
de notre profession. Toute notre
reconnaissance et notre admira-
ration.*

A MON BEAU-FRERE

*En souvenir de notre vie d'étu-
diant...*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANTUEJOUL

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et a bien voulu nous
faire l'honneur d'en accepter la
présidence. Hommage de notre
respectueuse reconnaissance et de
notre profonde admiration.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET (*In memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BOULIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBRE

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON,
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DENIKER,
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR TSZANCK,
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR SORREL

MONSIEUR LE DOCTEUR R. BENARD,
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CELICE,
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVOIR

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANTUEJOUL

MONSIEUR LE DOCTEUR MALLET,
Assistant des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBRE

A MES CONFERENCIERS D'EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR P. GUENIN,
Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Assistant des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CHASSAGNE
Ancien Chef de Clinique Médicale à la Faculté
Assistant des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BOYER,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Avec toute ma gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUMEAU DELILLE,
Médecin des Hôpitaux

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

A MES AMIS

INTRODUCTION

L'éclampsie, cette « maladie à surprises », a toujours été et reste encore actuellement un des facteurs importants de la mortalité maternelle et fœtale. Les statistiques anciennes et récentes nous montrent, comme nous le verrons, des chiffres élevés de mortalité, surtout en ce qui concerne le fœtus. Cependant, on assiste depuis une vingtaine d'années à une diminution nette de la fréquence de l'éclampsie. Il faut en voir la raison dans un contrôle prénatal mieux organisé — dans la recherche systématique de l'albumine dans les urines des femmes enceintes — dans un traitement meilleur de l'éclampsie.

Nous avons pu observer à la Clinique Tarnier, dans le service du Professeur LANTUÉJOUL, pendant la période qui s'étend d'octobre 1943 à octobre 1944, 11 cas d'éclampsie convulsive sur un total de 2.045 accouchements, soit une fréquence de 1 cas sur 186 accouchements, chiffre qui est supérieur à presque tous ceux donnés par les classiques. Ceci paraît donc infirmer ce que nous disions précédemment. En réalité, il s'agit précisément de femmes qui ne se sont pas fait examiner au cours de leur grossesse d'une façon régulière. Nous sommes persuadés que ce chiffre eut été moins élevé si ces femmes avaient été suivies régulièrement. Enfin, l'époque troublée que nous vivons actuellement a une influence certaine sur cette recru-

descence. Comme le fait remarquer MARSAUDON dans sa thèse, pour un cas d'éclampsie convulsive sur 140 accouchements en temps de paix, on note 1 cas d'éclampsie sur 84 accouchements en temps de guerre. Si le nombre d'éclampsies que nous avons observé au cours de cette période est sensiblement supérieur aux chiffres classiques, par contre le taux de la mortalité maternelle est très bas, puisque nous n'avons eu qu'un seul cas de mort, soit une proportion de 9,09 %. Quant à la mortalité fœtale, qui est de 45 %, elle n'est ni plus ni moins élevée que celle mentionnée par les auteurs classiques et modernes.

STATISTIQUES ANCIENNES ET MODERNES

FRÉQUENCE DE L'ÉCLAMPSIE CONVULSIVE

La statistique de DEPAUL, qui porte sur 36 ans (de 1834 à 1871), montre 133 cas d'éclampsie sur 30.980 accouchements, soit 1 cas sur 233 accouchements. BUDIN mentionne 1 cas sur 173 accouchements à la Maternité. A la Maternité de Paris, il y eut 52 cas d'éclampsie de 1881 à 1886, soit 1 cas sur 227 accouchements. VINAY a recueilli 1491 cas d'éclampsie convulsive sur 390.568 accouchements, soit 1 cas sur 261 accouchements. LEIDENUS, d'Helsingfors, donne une fréquence d'un cas d'éclampsie pour 166 accouchements. Le Professeur BRINDEAU a observé dans son service à la Clinique Tarnier, de 1922 à 1925, 10 cas d'éclampsie, soit 1 cas sur 940 accouchements. Dans la thèse de PARSY, 1939, dont les observations ont été recueillies à la Maternité de Beaujon-Clichy, on note pour l'année 1936 : 4 cas pour 2.228 accouchements, soit 1 cas sur 557 ; 1937 : 2 cas pour 2.155 accouchements, soit 1 cas sur 1.077 ; 1938 : 4 cas pour 2.241 accouchements, soit 1 cas sur 558 ; 1939 : 2 cas pour 1.696 accouchements, soit 1 cas sur 848.

Comparé à ces chiffres, le nombre des éclamptiques que nous avons observées cette année est considérable. Il s'est présenté avec une fréquence de l'ordre de une éclamptique sur 186 femmes accouchées.

INFLUENCE DE L'ÂGE ET DE LA PARITÉ

Tous les auteurs sont d'accord pour considérer que l'éclampsie est la plus fréquente entre 20 et 30 ans.

L'éclampsie frappe surtout les primipares. CHARPENTIER, sur 683 cas d'éclampsie, accuse 522 primipares et 161 multipares, soit 3,24 primipares pour 1 multipare. Pour LEIDENIUS, on trouve 1 multipare sur 5 primipares.

Nos résultats concordent sur ce point comme nous le verrons avec les chiffres classiques.

A QUEL MOMENT DE LA PUERPÉRALITÉ OBSERVE-T-ON LE PLUS SOUVENT L'ÉCLAMPSIE ?

Le Professeur BRINDEAU, dans son traité sur « La Pratique de l'Art des Accouchements », dit : « Il est un fait certain, c'est que les crises d'éclampsie se voient rarement dans les suites de couches, mais il est difficile de se rendre compte si l'affection est plus commune pendant la grossesse ou pendant le travail, car souvent l'éclampsie déclenche le travail. » Dans les dix observations qu'il a recueillies à la Clinique Tarnier, l'auteur a noté quatre crises au cours de la grossesse, trois crises pendant le travail, trois crises pendant le post-partum.

Dans la thèse de MARSAUDON, on note que sur les 82 cas d'éclampsie rapportés : 54 cas sont survenus au cours de la grossesse ; 16 cas au cours du travail ; 12 cas après la délivrance.

Pour HINSCHMANN, l'éclampsie survient dans 26 % des cas au cours de la grossesse, dans 53 % des cas pendant le travail, et dans 21 % des cas pendant les suites de couches.

Pour LEIDENIUS, l'éclampsie survient dans 17 % des cas pendant la grossesse, dans 59 % des cas pendant le travail, et dans 24 % des cas dans les suites de couches.

Pour SCHAUTA, l'éclampsie survient dans 14 % des cas pendant la grossesse, dans 59 % des cas pendant le travail et dans 27 % des cas pendant les suites de couches.

Pour OLSHAUSEN, l'éclampsie survient dans 36 % des cas pendant la grossesse, dans 56 % des cas pendant le travail et dans 14 % des cas dans les suites de couches.

Pour WILLIAMS, l'éclampsie survient dans 55 % des cas pendant la grossesse, dans 22 % des cas pendant le travail, dans 23 % des cas dans les suites de couches.

Enfin, pour EDEN, l'éclampsie survient dans 61 % des cas pendant la grossesse, dans 19 % des cas pendant le travail et dans 20 % des cas dans les suites de couches.

Il est probable que les quatre premiers auteurs rangeaient avec l'éclampsie du travail tous les cas où l'éclampsie a déclenché le travail et que les deux derniers se fondent sur le terme réel de la grossesse.

Au cours de la grossesse, l'éclampsie est d'autant plus fréquente que l'on approche du terme. BAR a noté sur 48 cas :

2	cas d'éclampsie au 6 ^e mois
1	— — — 6 ^e mois 1/2
8	— — — 7 ^e mois
3	— — — 7 ^e mois 1/2
10	— — — 8 ^e mois
4	— — — 8 ^e mois 1/2
20	— — — 9 ^e mois

Les chiffres donnés par DE SEYRE sont comparables sur ce point.

Comme les observations qui vont suivre vont nous le montrer, la majorité des crises convulsives observées se situent *au cours du travail*.

PRONOSTIC MATERNEL DE L'ÉCLAMPSIE CONVULSIVE

Si l'on se rapporte aux anciennes statistiques, sans tenir compte du moment d'apparition des accès convulsifs, on voit que la mortalité maternelle était très élevée. De 40 à 50 % pour LACHAPELLE, PAJOT, BAILLY. Les statistiques plus récentes sont moins mauvaises : 19,38 % pour LÖHLEIN, 30 % pour TARNIER. Le Professeur BRINDEAU, qui a réuni un grand nombre de statistiques qui portent à la fois sur des cas heureux et malheureux, considère que la mortalité globale doit approcher du chiffre de 20 %. Pour J. RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE, la mortalité maternelle est de plus de 25 %. Pour BAR, CHAMBRELENT, la mortalité atteint 30 %. DUBRISAY et JEANNIN en réunissant plusieurs statistiques, arrivent au chiffre de 25 %. GAUCHON, dans une statistique de Baudelocque, des Maternités de la Pitié et de Boucicaut, comportant 142 femmes, trouve une mortalité de 25,3 %.

Nous n'avons observé *qu'un seul cas de mort* sur nos 11 cas d'éclampsie convulsive.

PRONOSTIC FŒTAL

Sans tenir compte du moment d'apparition des accès convulsifs, il y a 48 % de morts pour DEJAUL ; 60 % pour TARNIER, BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT ; 45 % pour BUDIN, 34,3 % pour LEIDENIUS. DUBRISAY et JEAN-

NIN, en réunissant plusieurs statistiques, arrivent à un taux de mortalité de 50 à 77 %. MARSAUDON donne un chiffre moins élevé, soit 32,9 %. GAUCHON donne 40 %.

D'après nos résultats, le taux de la mortalité fœtale s'élève à 45 %, soit près de la moitié du nombre total des enfants mis au monde.

En résumé, nous pouvons conclure avec le Professeur BRINDEAU : « Nous devons considérer l'éclampsie comme une maladie grave pour la mère et pour le fœtus. Les statistiques modernes semblent moins mauvaises que les anciennes. Faut-il, comme le pensent certains auteurs, y voir une question du traitement qui devient plus conservateur ; faut-il, comme nous le pensons volontiers avec ESSEN-MÖLLER, n'y voir qu'une question de toxicité moins grande, il est encore difficile de le dire. »

LES FAITS CLINIQUES

Les observations que nous allons citer ont toutes été recueillies dans le service du Professeur LANTUÉJOL, à la Clinique Tarnier, au cours de l'année 1943-1944.

Observation n° 1

Mme G... Geneviève, âgée de 18 ans, enceinte de 6 mois et demi, primipare, entre dans le service le 13 janvier 1944, à 18 h. 30. On est tout de suite frappé par l'état d'obnubilation et d'agitation dans lequel elle se trouve. En interrogeant la personne qui l'accompagne, on apprend que cette femme aurait brusquement présenté depuis le matin *six crises convulsives*.

Parmi les antécédents de cette femme nous apprenons que sa mère aurait eu une crise d'éclampsie au cours de son accouchement. Cette malade aurait eu la scarlatine à l'âge de 12 ans. Elle *n'a jamais consulté au cours de sa grossesse actuelle*. Tels sont les renseignements qu'on a pu recueillir. L'examen général de la malade montre la présence d'œdèmes des membres inférieurs, infiltrant surtout le dos des pieds, les régions malléolaires, la face interne des jambes. Œdèmes blancs, mous, prenant le godet. Ne pouvant faire uriner la malade on pratique un sondage vésical qui ne ramène que quelques centimètres cubes d'urines troubles dans lesquels on peut mettre cependant en évidence la présence d'albumine.

La température est à 38° 2. La tension artérielle est à 18-12. Le cœur est normal. Le pouls bat à 90 pulsations à la minute. L'examen obstétrical montre un fœtus en présentation céphalique élevée. Le dos est situé à gauche. La hauteur utérine est de 27 cm. Les bruits du cœur sont perçus à gauche mais faiblement. Le toucher vaginal montre le col effacé, à dilatation lenticulaire. Le bassin est normal. La femme est mise à l'isolement. On lui administre un lavement purgatif, 4 grammes de sirop de chloral et on injecte par voie intra-veineuse 10 centimètres cubes de sérum glucose hypertonique.

A 19 heures. — On assiste à une *crise convulsive*, marquée au début par de petits mouvements des lèvres, de légères secousses musculaires au niveau des membres supérieurs — le tout ne durant que quelques secondes. — Puis s'installe la période des convulsions toniques, qui est très brève. La femme se présente alors contracturée en hyperextension. Les doigts sont fléchis dans la paume des mains. Enfin apparaissent de véritables convulsions : les membres sont animés de mouvements désordonnés. La respiration est irrégulière. Il n'y a pas eu d'émissions d'urines. Cette crise a duré trois ou quatre minutes. *A partir de ce moment on n'a plus perçu les bruits du cœur fœtal.* Le toucher vaginal montre une dilatation à cinquante centimes. La poche des eaux bombe.

19 h. 15. — *Nouvelle crise* semblable à celle observée précédemment. On pratique une ponction lombaire. On soustrait 5 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien légèrement hypertendu. L'examen cytologique du liquide montre la présence de 0,8 éléments au millimètre cube à la cellule de NAEGOTTE et 0 gr. 25 d'albumine. La dilatation est entre 1 et 2 francs. Le col est rigide.

20 h. 45. — La femme est calme. La dilatation est complète. On rompt la poche des eaux.

21 h. 45. — Accouchement spontané d'un enfant mort-né, du sexe masculin, pesant 1 kg. 500. Délivrance naturelle immé-

diète incomplète. Le placenta pèse 350 gr. On remarque à sa surface la présence de nombreux infarctus blanchâtres.

21 h. 45. — On fait une révision utérine sous anesthésie générale au chloroforme qui ramène quelques débris placentaires. La tension artérielle est alors de 13,7.

Le 14 janvier, à 10 h. 45. — La tension artérielle est de 12-6. L'albuminurie de 5 gr. mesurée au tube d'ESBACH. L'urée sanguine : 0,80 gr.

Le 15 janvier. — La malade est encore obnubilée. Elle ne se souvient plus de l'endroit où elle travaille. L'albuminurie n'est plus que de 1 gramme.

Le 17 janvier. — L'urée sanguine : 0,40 gr. L'albuminurie est à 0,50 gr. L'examen ophtalmologique montre une acuité visuelle de 9/10 pour les deux yeux. Pas de troubles pupillaires ni oculo moteurs, fond d'œil normal, mais pression rétinienne élevée. OD, OG = 90 au dynamomètre de BAILLIART.

Le 20 janvier. — La malade se plaint de céphalée et de troubles visuels. On refait un examen oculaire qui montre un fond d'œil normal. La pression rétinienne s'est abaissée à 50.

Les jours suivants on constate une grosse amélioration de l'état général. L'albumine a disparu des urines. L'urée sanguine est à 0,35 gr. La tension artérielle = 11-8. Les œdèmes disparaissent. La diurèse est normale. On autorise la femme à se lever le 26 janvier. Le 28, la femme est autorisée à sortir.

En résumé, il s'agit d'une primipare de 18 ans, admise à la clinique pour éclampsie convulsive, ayant accouché prématurément au terme de six mois et demi, d'un enfant mort-né, et chez laquelle les crises d'éclampsie qu'elle a présentées ont débuté avec le travail et ont cessé après l'expulsion du fœtus. Il semble que l'on doive retenir au point de vue étiologique l'existence d'une scarlatine à l'âge de 12 ans.

Observation n° 2

Mme D... Dolly, primipare à terme, âgée de 20 ans, entre dans le service le 23 janvier 1944. Le 26 janvier la femme ressent des contractions douloureuses intermittentes.

A 17 heures. — Rupture spontanée de la poche des eaux. Il s'écoule un liquide teinté. Le col est effacé et dilaté à 2 francs. Les bruits du cœur fœtal sont bien frappés.

18 h. 30. — La dilatation est complète. Les bruits du cœur sont bons.

19 heures. — Accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3 kg. 100.

19 h. 30. — Délivrance naturelle et complète pesant 550 gr.

21 heures. — La femme se plaint de céphalées frontales et présente un léger œdème des deux malléoles. La tension artérielle est de 21 1/2-10. Les urines contiennent des traces d'albumine.

23 heures. — *La malade fait une crise typique d'éclampsie.* On pratique immédiatement une saignée de 200 centimètres cubes. Une injection de 0,20 gr. de gardénal sodique et on injecte 20 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique par voie veineuse. Enfin, on fait une injection de 0,01 gr. de chlorydrate de morphine. Au bout de quelques heures la femme est calmée et commence à reprendre connaissance.

Les jours suivants l'état général de la malade s'améliore. La tension artérielle se maintient à 13-9. Il n'y a plus d'albumine dans les urines, plus d'œdèmes. La diurèse est normale. La femme sort le 9 février.

En résumé, il s'agit d'une primipare à terme qui a accouché spontanément d'une fille vivante et qui, trois heures après la délivrance, a présenté une crise d'éclampsie typique qui a parfaitement guéri. Les suites

de couches n'ont été marquées d'aucun incident notable.

Cette femme n'a suivi aucun contrôle pré-natal au cours de sa grossesse.

Observation n° 3

Mme C... Marthe, âgée de 37 ans, deuxième pare à terme, entre dans le service le 28 février 1944 à midi. A son entrée, la femme présente des œdèmes des membres inférieurs. Les urines contiennent de l'albumine (5 grammes au tube d'ESBACH). La tension artérielle est de 21-12. L'examen obstétrical montre un fœtus en présentation céphalique non engagée. Le dos est à gauche. *Les bruits du cœur sont nettement perçus.* Le col est effacé et dilaté à cinquante centimes. Le bassin est normal.

12 h. 10. — *La femme fait une crise d'éclampsie typique.* La tension artérielle est de 27-13. On pratique immédiatement une saignée de 400 centimètres cubes. La tension tombe à 17-12, puis à 15-12 dans l'heure qui suit. En outre, on injecte 20 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique par la voie intra-veineuse, 0,20 gr. de gardénal sodique et 0,01 de chlorhydrate de morphine. On prend la tension artérielle toutes les heures tout en surveillant la marche du travail.

Tension artérielle

13 heures	13-8
14 heures	13-10
15 heures	13-10
16 heures	13-10
17 heures	14-12
18 heures	18-11

Les bruits du cœur fœtal sont bons. La dilatation est à un franc. Les contractions utérines sont rares et espacées.

18 h. 15. — On réinjecte 20 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique par voie intraveineuse.

Tension artérielle

19 heures	21-11
20 heures	21 1/2 - 11
22 heures	21-11

Les bruits du cœur fœtal sont bons.

23 heures	21-11
-----------------	-------

23 h. 45. — La dilatation est à grande paume. La tête est engagée en O. I. G. A. Les contractions utérines surviennent toutes les trois minutes.

Le 29 février, à 0 heure. — On injecte par la voie intraveineuse 20 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique et vingt centigrammes de gardénal sodique en sous-cutanée. La dilatation est complète.

0 h. 15. — Après quelques efforts expulsifs, la femme accouche spontanément d'une fille vivante pesant 2 kg. 700. La tension artérielle = 20-11.

1 h. 45. — Délivrance naturelle et complète pesant 380 gr. Le placenta présente au niveau de sa face utérine des infarctus blanchâtres. La tension artérielle = 13-9.

4 heures. — La femme repose tranquillement.

Les suites de couches n'ont été marquées par aucun incident notable. La diurèse est normale. La tension artérielle s'est maintenue à 13-9. L'urée sanguine = 0,40 gr. pour 1.000. L'albumine a disparu des urines le 1^{er} mars.

La femme est autorisée à quitter le service le dix-septième jour.

Il faut signaler que cette malade n'a pas été suivie d'une façon régulière lors de sa grossesse.

En résumé, il s'agit d'un deuxième pare à terme ayant présenté au cours du travail une seule crise

d'éclampsie convulsive, alors que la dilatation n'était qu'à cinquante centimes. Le travail s'est effectué néanmoins d'une façon favorable: Les bruits du cœur sont restés bons jusqu'au moment de l'expulsion d'une fille vivante qui s'est faite spontanément 12 heures après la crise convulsive. Les suites de couches ont été normales.

Observation n° 4

Mme H... Suzanne, primipare âgée de 37 ans, à terme, entre dans le service le 15 février 1944, à 16 heures. Cette femme est atteinte d'une luxation congénitale de la hanche droite s'accompagnant d'un œdème unilatéral très important du membre inférieur droit. La peau est tendue et luisante. Cet œdème unilatéral disparaît en quelques jours. Les urines ne contiennent pas d'albumine. L'examen obstétrical montre un fœtus en présentation du sommet. Les bruits du cœur sont perçus. Le col est long et fermé. On n'atteint pas le promontoire. La femme est mise en observation.

Le 21 février, à 20 heures. — La femme est admise à la salle de travail pour début de travail. La tête est en bas, mobile. Le col est effacé et dilaté à 5 francs. Les bruits du cœur sont bons.

Le 22 février, 9 heures. — La femme a reposé toute la nuit. La dilatation n'a pas progressé.

11 heures. — On note la reprise des contractions utérines. La tête reste toujours élevée. Les bruits du cœur sont réguliers.

14 heures. — La dilatation est toujours à 5 francs. La poche des eaux est intacte.

18 h. 30. — Dilatation petite paume. Rupture artificielle de la poche des eaux qui est bombante. La tête est en bonne voie d'engagement. Les bruits du cœur sont bons.

21 h. 40. — *La femme fait une première crise d'éclampsie.*

On note de l'agitation. Le faciès est grimaçant. Les contractions généralisées surviennent, suivies d'agitation saccadée des membres inférieurs, des mâchoires. On note la révulsion des globes oculaires, du battement des paupières. On applique un baillon. Cette crise a duré 3 minutes environ. La femme est dans le coma.

21 h. 50. — Accouchement naturel à terme d'un garçon vivant pesant 3 kg. 280, d'aspect normal et criant à la naissance. La femme est agitée, elle gémit et n'a pas repris connaissance. La tension artérielle est de 20-12.

22 h. 10. — Délivrance naturelle et complète pesant 530 gr. On fait une saignée de 300 centimètres cubes et on injecte vingt centigrammes de gardénal sodique.

22 h. 15. — Deuxième crise convulsive qui dure 1 minute 30.

21 h. 20. — On injecte deux centigrammes de chlorhydrate de morphine et on fait 20 centimètres cubes de sulfate de magnésie à 20 % par voie intra-veineuse. L'agitation persiste. Les urines recueillies par sondage sont fortement chargées en albumine.

22 h. 30. — On fait un tube d'ESBACH. La tension artérielle = 16-12. La femme est toujours dans le coma. L'urée sanguine est de 0,50 gr. p. 1.000.

23 février, à 3 heures. — Le pouls est bien frappé. On injecte dix centigrammes de gardénal sodique et une ampoule de sulfate de magnésie intra-veineux. La tension est de 13 1/2 - 10.

5 h. 20. — L'état général s'aggrave. *Le pouls est filant. La tension est effondrée, imprenable.* La femme expulse 300 gr. de caillots. Elle est dans un état de collapsus complet. Injection d'une ampoule de solucamphre et d'une ampoule d'ergotine. L'utérus est mou. On injecte une ampoule d'hypophyse n° 4 dans le muscle utérin. On note un œdème important de la vulve et un léger œdème des membres inférieurs.

5 h. 35. — La femme est toujours dans le coma. Injection

d'une ampoule de sulfate de strychnine, d'une ampoule de Cardiazol. On fait également une injection de 500 centimètres cubes de sérum glucosé adrénaliné en goutte à goutte intra-veineux.

6 h. 30. — Le pouls est mieux frappé — diminution notable de l'œdème vulvaire. — Mais la tension artérielle est toujours effondrée. L'état de collapsus persiste.

7 h. 10. — Le pouls est filant. Injection d'une ampoule d'adrénaline par la voie sous-cutanée, et d'une ampoule d'adrénaline intra-cardiaque — solucamphre.

7 h. 20. — Malgré tous nos efforts, la malade meurt sans avoir repris connaissance.

En résumé, il s'agit d'une femme ayant fait à la fin de la période du travail une première crise d'éclampsie convulsive, à la suite de laquelle la femme a accouché d'un enfant vivant parfaitement constitué. Immédiatement après la délivrance, cette malade a fait une nouvelle crise convulsive sans avoir repris connaissance. La mort s'est produite 10 heures plus tard dans un état d'intoxication albuminurique et de collapsus cardio-vasculaire complet au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Il faut faire remarquer que cette femme n'a jamais été suivie au cours de sa grossesse.

Observation n° 5

Mme L... Giselle, âgée de 23 ans, primipare, entre dans le service le 8 mai 1944 pour des crises convulsives d'éclampsie. Cette femme est enceinte de six mois et demi environ. Durant cette période elle fut suivie par son médecin traitant à Argenteuil, et tout semblait se dérouler normalement lorsque, le 8 mai au matin, à son réveil, la malade constate une bouffis-

sure de sa figure ainsi qu'un œdème des paupières. En outre, elle se plaint d'une violente céphalée ainsi que de vertiges et de bourdonnements d'oreilles. Elle a de la peine à se tenir debout et se « cognait contre les murs ». Enfin, elle présente de l'amblyopie. La femme ne s'inquiète pas cependant, lorsque, vers 11 heures du matin, survient la *première crise convulsive*.

A 14 heures, la malade fait une *seconde crise* constatée cette fois par son médecin qui la fait transporter d'urgence à l'hôpital. Peu après son entrée dans le service, la malade fait une *troisième crise* typique. On peut en suivre l'évolution : tout d'abord période d'invasion, au cours de laquelle on note quelques soubresauts musculaires, un battement des ailes du nez, puis période des convulsions toniques, très courte pendant laquelle la malade se raidit en extension. La langue est projetée en dehors et vient se couper entre les dents. La respiration est suspendue. Enfin, les convulsions proprement dites apparaissent. La femme est très agitée et vomit, puis elle tombe dans un état sub-comateux pendant trois heures. La tension artérielle est de 16-10, mesurée au VAQUEZ. La température n'a pas été prise. Les urines contenaient 7 gr. d'albumine par litre.

De ces crises, on doit retenir : la bouffissure du visage et la céphalée prémonitoires, les vertiges, les vomissements et morsures de la langue au cours des crises.

L'examen obstétrical pratiqué à cette date montre un fœtus en position céphalique se présentant en O. I. G. A. La hauteur utérine est de 24 centimètres. Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus. L'examen somatique de la femme ne montre pas d'œdèmes ni aux parties déclives ni dans la région lombaire. Le cœur, les poumons sont normaux. L'examen du système nerveux est négatif.

Le 10 mai. — Sous l'influence du régime lacté intégral, du sérum glucosé hypertonique intra-veineux (200 centimètres cubes), du repos au lit, on constate une baisse de l'albumi-

nurie de 7 gr. à 0 gr. 25. L'urée sanguine = 0,30 gr. La tension artérielle = 16-11. La tension artérielle va s'élever dans les jours qui vont suivre pour atteindre 19-12 le 14 mai, et décroître ensuite jusqu'à 13-10 le 22 mai, date de la sortie de la malade du service.

Le 10 mai, on fait pratiquer un examen oculaire. L'ophtalmologiste répond :

- pas de troubles pupillaires ;
- acuité visuelle normale ;
- pas de troubles oculo-moteurs ;
- champ visuel normal.

Fond d'œil gauche : léger flou des bords papillaires avec œdème discret. Veines un peu sinueuses et dilatées et surtout *grosse hypertension artérielle rétinienne* (90 au dynamomètre de BAILLIART) détruisant le rapport normal entre la pression rétinienne et la diastolique humérale. Pas de lésions rétinienues, ni exsudats, ni hémorragies.

Fond d'œil droit : normal.

A surveiller et à revoir dans 8 jours.

Le 15 mai. — Reprise du régime lacté intégral, l'albuminurie ayant remonté à 1 gr. 25. On injecte 100 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique intra-veineux.

Les 16-17-18 mai. — On continue le sérum intra-veineux. L'albuminurie baisse rapidement et disparaît définitivement le 20 mai. Les œdèmes ont disparu. La diurèse est normale. L'examen obstétrical montre un fœtus vivant en O. I. G. A. Les bruits du cœur sont bons.

La malade sort le 22 mai. On lui a recommandé de suivre un régime lacto-végétarien jusqu'à la fin de sa grossesse.

Le 1^{er} juin 1944. — La femme revient à la consultation. On constate un léger trouble de ses urines après chauffage. La tension artérielle = 15-10 1/2. L'examen obstétrical montre une petite tête en bas élevée et mobile. Les bruits du cœur

sont bons. Les parties molles sont souples, le col est long, souple, fermé. Le bassin est normal.

Le 9 juin, à 4 heures. — La femme entre dans le service pour des contractions douloureuses et intermittentes surveillées depuis le matin. A l'examen, la position fœtale n'a pas changé, mais à l'auscultation, *on ne perçoit plus les bruits du cœur*. La femme certifie avoir perçu des mouvements actifs du fœtus jusqu'au moment où ont débuté les premières douleurs. Le toucher vaginal montre le col incomplètement effacé et dilaté à cinquante centimes. Il n'y a pas d'œdèmes des membres inférieurs. On trouve des traces d'albumine dans les urines. La tension est de 15 1/2 - 10. Le poulx bat à 66 pulsations par minute. La température est de 36° 8.

9 heures. — La dilatation est de 1 franc. Le col est épais. Rupture spontanée de la poche des eaux. Le liquide est clair. La tension artérielle est de 19 - 10.

11 heures. — La tension artérielle = 15 - 10.

12 h. 45. — Dilatation complète.

12 h. 55. — Accouchement naturel au terme de 8 mois d'un garçon mort-né pesant 1.800 grammes et ne présentant aucun signe de macération.

13 h. 30. — Délivrance naturelle et complète pesant 150 gr. Le placenta est parsemé de petites infarctus blanchâtres sur sa face utérine. La tension = 12 1/2 - 6.

Les suites de couchés n'ont été marquées par aucun incident notable. La femme sort le 22 juin.

En résumé, il s'agit d'une femme âgée de 23 ans, primipare, ayant présenté alors qu'elle était enceinte de 6 mois et demi, trois crises convulsives accompagnées d'albuminurie, d'une élévation de la tension artérielle et d'œdème de la face. *Ces crises n'ont pas entraîné l'interruption immédiate de la grossesse.* Après avoir conseillé à la malade de suivre un régime

lacto-végétarien, on a autorisé la sortie. Trois semaines plus tard, la femme revenait dans le service pour début du travail. *On a alors constaté l'absence des bruits du cœur fœtal.* L'accouchement spontané d'un garçon mort-né au terme de 8 mois s'est fait dans de bonnes conditions. Les suites de couches ont été normales. La femme a quitté le service le treizième jour.

Nous pensons devoir attirer l'attention, à propos de cette observation sur deux faits :

1° Les trois crises d'éclampsie survenues au cours du septième mois de la grossesse n'ont ni entraîné le déclenchement du travail, ni coïncidé avec lui, contrairement à ce que l'on observe généralement.

2° Sur l'intervalle de trois semaines qui sépare la dernière crise convulsive de la date de la mort du fœtus ni utéro et du début du travail.

Observation n° 6

Mme C... Denise, deuxième pare, âgée de 18 ans, au terme de 8 mois environ entre dans le service le 8 juin 1944, à 17 heures. Elle est envoyée par son médecin pour *crise d'éclampsie*. Son mari dit l'avoir trouvée dans le coma à 14 heures après avoir été absent toute la matinée. Ce dernier dit que sa femme s'était couchée la veille comme d'habitude et ne présentait aucun symptôme qui eut pu faire prévoir la crise qui devait se déclencher le lendemain matin. Le médecin traitant a pratiqué une saignée, une injection de deux centigrammes de chlorhydrate de morphine et fait absorber à sa cliente une ampoule de chloroforme. Cette femme a fait en 1943 une fausse couche non provoquée au terme de 3 mois qui n'a pas été suivie de curettage.

A son entrée dans le service, il est impossible d'interroger la malade qui dort. A l'examen, on est d'emblée frappé par la

présence de nombreuses ecchymoses siégeant au niveau des jambes et des bras. La première incisive supérieure droite est cassée au ras de la gencive témoignant de la violence de la crise. La langue présente des traces de morsures. On fait un sondage vésical qui ramène une quantité d'urine suffisante pour qu'on puisse rechercher l'albumine. Il se forme un précipité abondant lorsqu'on chauffe ces urines en présence de quelques gouttes d'acide acétique. On fait un tube d'ESBACH qui montrera un taux d'albumine de 7 gr. p. 1.000. La tension artérielle est de 14 - 9. La température = 38° 3. L'urée sanguine est de 0 gr. 95 p. 1.000. On injecte en outre 20 centimètres cubes de sérum glucosé par voie intra-veineuse.

L'examen obstétrical montre une grossesse de 8 mois environ. Présentation céphalique élevée. Hauteur utérine 30 cm. Le fœtus est en O I G A. Les bruits du cœur sont perçus. Le col est court et fermé. La femme est mise dans le service d'Isolement. Elle se réveille dans la soirée.

9 juin. — La femme a été calme toute la nuit.

10 heures. — On donne un lavement évacuateur. On injecte 10 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique intra-veineux. La plaie que le médecin de ville avait fait pour faire la saignée se rouvre. Il s'en suit une perte de sang assez abondante qui nécessite l'application d'un pansement compressif serré. On constate un état d'agitation très marqué de la femme pendant les soins.

Le 10 juin. — L'albuminurie n'est plus que de 0 gr. 25. La diurèse commence à s'élever (1.250 gr.).

Le 11 juin. — La femme urine 2 l. 500. Il n'y a plus que des traces indosables d'albumine dans les urines. Cependant on demande un examen oculaire. Le spécialiste répond : pas de troubles pupillaires ni oculo-moteurs.

Acuité visuelle :

OD : inférieure à 1/10.

OG : normale.

Champ visuel normal.

Fond d'œil droit : pupille normale. Pas d'hémorragie rétinienne, mais petites lésions de la rétine expliquant sans doute l'acuité visuelle basse et le scotome central de cet œil.

Fond d'œil gauche : normal.

Pression rétinienne : OD : 65.

OG : 80.

La malade est mise au régime lacté intégral du 9 au 16 juin.

Le 12 juin, à 10 heures, les premières contractions utérines apparaissent. On note la présence d'une tête en bas, mobile, mais *absence de bruits du cœur*. Le col est long et fermé.

16 heures. — Effacement du col. Dilatation lenticulaire.

20 heures. — Dilatation 2 francs. Les contractions utérines se succèdent toutes les 5 minutes. On injecte une ampoule de spasmalgine.

22 heures. — Dilatation 5 francs.

Le 13 juin à 4 h. 05. — Dilatation complète. Rupture artificielle des membranes. Il ne sort pas de liquide amniotique.

A 4 h. 10. — Accouchement naturel d'une fille mort-née et présentant des signes de macération : le fœtus est mou et flasque. L'épiderme est infiltré et présente de nombreuses phlyctènes. La face n'est pas atteinte par la desquamation mais on note un chevauchement des os du crâne. Le cordon est rouge et infiltré.

4 h. 35. — Délivrance naturelle et complète pesant 320 gr.

Le 16 juin. — Nouveau dosage d'urée sanguine qui est de 0 gr. 50. Les urines contiennent 0 gr. 50 d'albumine par litre. La tension artérielle = 10 - 4. On substitue le régime déchloruré normal au régime lacté. L'état général de la femme est satisfaisant.

Le 20 juin. — La malade se plaint d'une baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit. On demande un nouvel examen oculaire. L'ophtalmologiste répond : amélioration importante.

Acuité visuelle passée de 1/10 à 6 /10 pour l'œil droit. Œil gauche : normal.

Fond d'œil normal à droite et à gauche.

Pression rétinienne tombée de 65 à 30 pour l'œil droit, de 80 à 50 pour l'œil gauche.

A partir de cette date, la malade va de mieux en mieux, ne ressent aucun trouble. La diurèse est normale. L'albumine est indosable dans les urines. La tension = 10-5. L'urée sanguine = 0,25 p. 1.000 à la date du 24 juin.

Le 29 juin, on autorise la sortie de la malade, qui devra revenir pour l'établissement d'un bilan rénal complet.

Cette femme n'a pas été suivie régulièrement au cours de sa grossesse.

En résumé, il s'agit d'une deuxième pare âgée de 18 ans, ayant présenté au cours du dernier mois de sa grossesse une crise d'éclampsie particulièrement violente comme en témoignent l'existence de nombreuses ecchymoses relevées sur le corps de cette femme, la cassure de l'incisive supérieure droite. Cette crise a déterminé l'accouchement prématuré à 8 mois environ d'un enfant mort-né et macéré de 4 jours. L'évolution a été particulièrement favorable chez cette femme profondément intoxiquée, qui présentait à son entrée une quantité importante d'albumine dans ses urines (7 gr. par litre) et dans son sang un taux d'urée de 0,90 gr. 0/00.

Observation n° 7

Madame B... Anne, âgée de 32 ans, deuxième pare, enceinte de 8 mois et demi environ, entre dans le service le 12 juin 1944 à la suite d'une crise convulsive qu'elle a faite chez elle

à 1 h. 30. Cette femme aurait été soignée « pour les reins » en 1940 mais on n'aurait pas trouvé d'albuminurie à cette époque.

2 h. 15. — A son entrée, l'examen obstétrical montre un fœtus en présentation céphalique. La tête est engagée. Les *bruits du cœur ne sont pas perçus*. Le toucher vaginal montre le col en voie d'effacement. La poche des eaux est intacte. Le bassin paraît normal. L'interrogatoire apprend que dans l'après-midi de la veille, la femme s'est plainte d'une douleur en barre à l'estomac. On apprend que cette femme a eu de l'albumine dans ses urines d'une façon intermittente au cours des derniers mois de sa grossesse.

2 h. 30. — La femme fait une *deuxième crise convulsive* qui dure une minute. La tension artérielle est à ce moment de 24 1/2 - 19. On pratique une saignée de 300 centimètres cubes, une injection de chlorhydrate de morphine. On prend la tension artérielle à la femme qui est dans le coma et on note un abaissement considérable de la pression maxima qui est de 12 et de la pression minima qui est tombée à 9. On pratique un sondage qui ramène quelques dizaines de centimètres cubes d'urines très foncées. On fait un tube d'ESBACH qui montrera un taux de 8 gr. d'albumine par litre d'urine.

3 heures. — Injection de 30 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique intra-veineux à 30 %. On donne quelques bouffées de chloroforme. La tension artérielle se maintient à 12 - 9.

8 heures. — *Nouvelle crise convulsive*. Durée 20 minutes.

10 heures. — La dilatation du col est à cinquante centimes.

10 h. 15. — 4° *crise convulsive*. Durée 5 minutes.

14 heures. — 5° *crise convulsive*. Durée 10 minutes.

14 h. 15. — 6° *crise convulsive*. Durée 15 minutes.

16 h. 30. — 7° *crise*. Durée 10 minutes. La dilatation est à 2 francs.

22 h. 20. — 8° *crise*. Durée 20 minutes. La dilatation est de

cinq francs. On rompt la poche des eaux. Il s'écoule un liquide fortement teinté. L'urée sanguine est de 0 gr. 55 p. 1.000.

Le 13 juin, à 5 heures. — La dilatation est complète. La tension artérielle = 19 - 12. On fait une application de forceps Tarnier pour absence d'efforts expulsifs. On extrait un enfant mort-né du sexe masculin pesant 2 kg. 750 et ne présentant pas de signes de macération.

5 h. 15. — Délivrance naturelle et complète pesant 380 gr. et présentant de nombreux infarctus blancs à sa surface. La tension est de 19 1/2 - 12 aussitôt après la délivrance.

10 heures. — On pratique une ponction lombaire. L'urée sanguine est à 1 gr. La femme n'a encore rien bu. On fait pratiquer un examen oculaire qui montre des pupilles en myosis égales réagissant à la lumière. L'examen de fond d'œil montre des pupilles pâles à bords nets, les artères sont assez grêles, battantes à la pression du globe. La pupille ne présente ni œdème ni hémorragies.

Le 15 juin. — La femme a des nausées et quelques vomissements.

Le 17 juin. — La malade se plaint de douleurs au niveau de sa fosse lombaire droite. A l'examen, le rein droit est nettement palpable. Il paraît un peu gros. Il est douloureux à la palpation. La malade est dans un état d'anurie presque complète et n'éprouve pas d'envie d'uriner. Le résultat de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien montre la présence de quelques grosses cellules épithéliales et d'hématies. Albuminorrachie : 0 gr. 25, Glycorrachie : 0 gr. 80. Le taux de l'urée sanguine : 2 gr. 85. Le taux des chlorures du sang : 6 gr. 20. La malade est mise à l'eau lactosée. On fait 1 litre de sérum glucosé en goutte à goutte rectal. 100 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique par voie intra-veineuse et l'on fait une application de ventouses-scarifiées.

Le 19 juin. — Les douleurs lombaires se sont atténuées. La diurésie commence à s'élever. Elle atteint 450 gr. La concentration de l'urée dans les urines est de 3 gr. 90 par litre.

L'urée sanguine s'est élevée à 3 gr. 10. On fait une numération globulaire dont voici les résultats :

Globules rouges : 2.280.000.

Globules blancs : 6.000.

Poly-neutro : 88 %.

Lympho : 9 %.

Mono : 3 %.

La tension artérielle = 12 - 6.

Le 20 juin. — Il n'y a pas de troubles respiratoires. Le myosis est moins serré. La femme est encore obnubilée, somnolente, mais on ne note pas d'état confusionnel. La malade se plaint d'une céphalée frontale. La diurèse continue à s'élever (soit 750 cc.). La langue est humide.

A 13 heures. — On note un frisson qui dure 35 minutes. La température s'élève à 38° 5. La malade a quelques vomissements biliaires.

Le 21 juin. — Les vomissements persistent, peu abondants. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La diurèse est de

On pratique une injection de sérum salé isotonique et une injection intra-veineuse de 1 litre de sérum sucré isotonique. 1 litre. L'urée sanguine : 3 gr. 25.

Le taux des chlorures dans les urines : 2 gr. 16 p. 1.000.

Le taux de l'urée urinaire : 4 gr. 42 p. 1.000.

On fait un examen oculaire : les pupilles sont égales, assez étroites. Les reflexes pupillaires sont normaux. L'acuité visuelle est normale. Champ visuel normal. Fond d'œil : normal. Pas de stase. Pas de lésions rétinienne. Papilles un peu pâles. Artères un peu grêles. Pression rétinienne normale (œil droit - œil gauche : 40).

Le 22 juin. — La femme continue d'uriner seule. La diurèse est de 1 litre 500. Les vomissements ont cessé. L'urée urinaire : 5 gr. 46 p. 1.000.

Le 23 juin. — L'urée urinaire : 5,72 p. 1.000. L'élimination de l'urée urinaire par 24 heures : 8 gr. 58.

24 juin. — Le myosis est moins prononcé. Il n'y a pas d'œdèmes des membres inférieurs ni des fosses lombaires.

L'urée sanguine : 3 gr. 15. La diurèse atteint 2 litres 500. Le taux de l'urée urinaire : 5 gr. 98 p. 1.000. L'élimination de l'urée urinaire par 24 heures : 11 gr. 96. L'examen cyto bactériologique des urines montre la présence de quelques rares globules de pus mais une flore microbienne très abondante et variée surtout faite de colibacilles et d'entérocoques.

25 juin — L'urée urinaire : 7 gr. 02.

Élimination de l'urée urinaire par 24 heures : 21 gr. 05.

26 juin. — Urée sanguine : 2 gr. 60.

Urines. — Taux d'urée : 7 gr. 8. Élimination par 24 heures de l'urée : 17 gr. 77.

27 juin. — Grosse amélioration de l'état général. Les douleurs lombaires ont disparu. La respiration est tout à fait régulière. Le myosis est moins serré. La diurèse est de 2 litres 550. L'élimination de l'urée urinaire par 24 heures est de 23 gr. 20.

On met la femme au régime lacto-fruito-végétarien.

28 juin. — L'azotémie continue de baisser, elle est de 1 gr. 90.

Urée urinaire : 9 gr. 10.

Élimination urée urinaire par 24 heures : 27 gr. 3.

Diurèse : 3 litres.

29 juin. — Reprise de l'alimentation normale. La tension artérielle est de 12 - 5 (elle n'a pas varié depuis le 21 juin).

2 juillet. — Urée sanguine : 0,60.

Urée urinaire : 6 gr. 40.

Élimination de l'urée urinaire par 24 heures : 18,72.

4 juillet. — Urée urinaire : 4 gr. 22.

Élimination de l'urée urinaire par 24 heures : 12,77.

Urée du sang : 0,50.

6 juillet. — Urée sanguine : 0,35.

8 juillet. — Urée sanguine : 0,25.

9 juillet. — On autorise la malade à se lever.

Le 15 juillet. — La malade sort. Très bon état général.

En résumé, il s'agit d'une deuxième pare âgée de 37 ans qui a fait sept crises d'éclampsie au cours du travail. Dès l'entrée de la malade, *les bruits du cœur avaient disparu*. Une application de forceps faite pour absence d'efforts expulsifs au moment où la dilatation était complète a permis d'extraire un enfant mort-né prématuré de 8 mois et demi. Dans les 12 heures qui ont suivi l'accouchement, l'albuminurie a baissé de 8 gr. à 1 gr. par litre pour devenir indosable le jour suivant. Puis les quatre jours suivants le taux de l'albumine dans les urines s'est élevé à 2 gr. en même temps que s'installait un état d'anurie. Sous l'influence du traitement (sérum glucosé en goutte à goutte par voie rectale, sérum glucosé hypertonique intra-veineux, petites saignées, le régime), la reprise de la diurèse n'a pas tardé à se produire ainsi que la disparition définitive de l'albuminurie.

Observation n° 8

Mme T... Michelle, âgée de 17 ans, primipare, entre dans le service le 31 juillet 1944. Elle est enceinte de 7 mois 1/2 environ quand nous la voyons pour la première fois. Elle a été examinée le 27 juillet à la consultation de la Clinique Tarnier. On a trouvé ce jour une hauteur utérine : 37 cm. Le toucher vaginal fut impossible à faire chez cette femme qui présentait un vaginisme intense.

Il s'agit d'une grossesse gemellaire. On ne trouve qu'un seul foyer d'auscultation mais une radiographie pratiquée le 13

juillet à Baudelocque confirme la gemellarité avec un fœtus en présentation du sommet et un fœtus en présentation du siège.

A l'entrée de la malade dans le service, on remarque la présence d'œdèmes malléolaires et de la paroi abdominale. Les examens d'urine ne montrent pas d'albumine. La tension artérielle est normale : 14 - 10.

Le 14 août. — La malade se plaint de céphalée. On lui donne 1 gr. d'aspirine.

Le 16 août, à 9 h. 45. — La malade fait *une première crise d'éclampsie*. La tension prise immédiatement après la crise montre une pression maxima : 16 1/2, la pression minima : 13. Il y a 2 gr. 50 d'albumine dans les urines. L'urée sanguine : 0 gr. 25. La concentration de l'urée dans l'urine montre un taux de 7,9 p. 1.000.

A 10 heures. — La malade fait *une nouvelle crise convulsive*. On décide d'intervenir. *Il n'y a aucun signe de travail*. Le col n'est pas effacé ni dilaté. On décide de pratiquer une césarienne segmentaire, et, pendant que l'on prépare la malade en vue de l'intervention, la femme fait *une troisième crise convulsive*. Il est 10 h. 30. On fait une laparotomie médiane sous ombilicale. Section transversale du péritoine utérin. Section médiane du segment inférieur. Extraction de deux garçons vivants se présentant, l'un par le sommet, pesant 2 kg. 150, l'autre par le siège, pesant 2 kg. Extraction du placenta inséré sur le fond utérin et pesant 800 gr. On vérifie qu'il s'agit d'une grossesse bivitelline. On injecte 10 unités de post hypophyse dans le muscle utérin. On suture l'utérus en deux plans, l'un aux points séparés, l'autre en surjet. Suture en paletot du péritoine utérin. Fermeture en 3 plans de la paroi. Agrafes et crins sur la peau. On a pratiqué une anesthésie générale au SCHLEICH.

Vers 14 heures, la malade se réveille. La tension artérielle est de 17 - 9. Vers 20 heures, la malade refait une crise con-

vulsive. La tension artérielle n'a pas sensiblement varié. A 22 h. 30 elle est de 14 - 10 1/2.

Le 17 août. — La malade se sent bien, elle n'a plus de céphalée. On institue un traitement par le sérum glucosé hypertonique à 30 %. Gardénal, morphine, lavement de chloral. On peut pratiquer un examen oculaire. Le spécialiste répond : pupilles en myosis serré, réflexes pupillaires normaux. Acuité visuelle normale de chaque œil. Champ visuel normal. Fonds d'œil normaux : papilles à bords nets sans saillies ni œdème. Pas de lésions rétinienne visibles mais l'examen est rendu difficile par le myosis, et la pression artérielle rétinienne impossible à prendre pour cette même raison.

L'état de santé des jumeaux est satisfaisant. Ils sont mis à l'allaitement mixte (lait de mère et lait Guigoz).

29 août. — La malade quitte le service. Elle n'a plus d'albumine dans ses urines. Son urée sanguine : 0 gr. 30.

Cette femme n'a été consulter qu'une seule fois au début de sa grossesse.

En résumé, il s'agit d'une primipare âgée de 17 ans qui a présenté une grossesse gémellaire au terme de 8 mois et qui a fait trois crises d'éclampsie successives avant tout début de travail. Une césarienne segmentaire pratiquée immédiatement a permis d'extraire deux jumeaux vivants. Les suites opératoires ont été bonnes. La malade a quitté le service quinze jours plus tard.

Observation n° 9

Madame M... Georgette, âgée de 36 ans, primipare à terme, entre dans le service le 5 octobre 1944 à 7 h. 45.

Antécédents. — Diphtérie à l'âge de 7 ans. Diverticule à la vessie. En juillet 1943, cette femme a fait brusquement une

crise de rétention d'urine qui a nécessité la mise en place d'une sonde à demeure pendant 3 jours. Une cystoscopie faite à ce moment, a montré la présence d'un diverticule de la vessie ainsi qu'une hypertrophie du col. On a pratiqué une dilatation du col vésical et des lavages de vessie.

A son entrée, l'examen somatique de la femme ne révèle rien d'anormal. L'examen obstétrical montre un fœtus en présentation du sommet, la tête est élevée en O. I. D. A. Les bruits du cœur sont perçus à droite de l'ombilic. Le toucher vaginal montre un segment inférieur bien formé. Le col est effacé et dilaté comme un franc. Les membranes sont intactes. On atteint le promontoire à bout de doigts. Les contractions utérines sont régulières, elles surviennent toutes les vingt minutes. L'examen des urines montre un léger dépôt d'albumine après chauffage.

9 h. 45. — Les contractions sont plus fréquentes, survenant toutes les dix minutes. Les bruits du cœur sont bons. La tête est encore élevée. Le col est dilaté à deux francs. Membranes intactes.

12 h. 45. — La dilatation a progressé, elle est entre petite et grande paume. On pratique une rupture artificielle de la poche des eaux. Les bruits du cœur sont assourdis par rapport à l'examen précédent.

14 h. 30. — La dilatation n'a pas progressé, mais on note un œdème du col localisé au quadrant antérieur droit. Les contractions utérines sont plus fréquentes et plus prolongées. Les bruits du cœur ne se sont pas modifiés. On pratique une injection intra-musculaire de spasmalgine et une injection vaginale chaude.

16 h. 30. — La femme commence une *crise d'éclampsie typique*, précédée par une trémulation des lèvres, quelques petits soubressauts musculaires. Puis elle présente une extension de tous les muscles tronc, prenant une attitude rappelant l'ospistonos. Les membres inférieurs sont également en extension. On note un fléchissement des doigts dans la paume des

main. Survient alors la phase des contractions cloniques avec agitation désordonnée de tous les membres. La respiration est stertoreuse, la face vultueuse. La langue est projetée entre les arcades dentaires. On ne remarque pas d'émission des urines au cours de la crise. Après quelques minutes d'agitation, la malade se calme et entre dans la période du coma. La tension artérielle prise à la fin de la crise montre une pression maxima = 18 et une pression minima de 11.

On pratique une saignée de 300 centimètres cubes, une injection intra-veineuse de 40 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique à 30 %. La tension tombe aussitôt à 14-10.

Devant la prolongation de l'état comateux et d'agitation dans lequel se trouve cette femme on décide d'intervenir par une application de forceps et à terminer le plus rapidement possible l'accouchement. *A ce moment, la tête est engagée à la partie haute de l'excavation.* La dilatation est toujours entre petite et grande paume. L'œdème du col persiste. La tête est en occipito pubienne, l'occiput légèrement à gauche de la ligne médiane. La descente de la tête jusqu'au détroit inférieur est relativement facile. Le col n'a présenté aucun obstacle sérieux à la descente. Mais, l'auscultation montre des bruits du cœur très assourdis et irréguliers. On poursuit l'extraction, mais on est gêné par la tête qui reste bloquée au détroit inférieur, et ce n'est qu'après trois quarts d'heure d'efforts que l'on parvient à dégager la tête. Le dégagement des épaules et du siège n'offre pas de difficultés. On extrait un enfant du sexe féminin pesant 3 kg. 700, qui ne respire pas mais dont le cœur bat encore. Malgré tous les efforts faits pour ranimer l'enfant (insufflation, lobeline), les battements cardiaques cessent au bout de quelques minutes.

18 h. 30. — Délivrance naturelle et complète pesant 750 grs. On contrôle d'heure en heure la tension artérielle.

A 18 h. 45 : 14-10.

20 h. 30 : 13 1/2 - 9.

21 h. 45 : 14-10. La femme commence seulement à sortir de son état comateux.

23 heures. — La tension artérielle est de 14-9. La femme est consciente et répond bien aux questions posées.

Le 6 octobre. — La tension artérielle s'est abaissée à 12 1/2 - 6. La femme est mise au régime lacté intégral pendant 2 jours puis au régime lacto-fruits-végétarien les jours suivants.

La femme quitte le service le 17 octobre, n'ayant pas refait de nouvelle crise. Pendant tout son séjour, on a constaté, dès le 6 octobre, une baisse de la tension artérielle à son chiffre normal 12-7. Ce chiffre s'est maintenu pendant toute la durée de l'hospitalisation de cette femme. Le 5 octobre, le dosage de l'albumine dans les urines montrait un taux de 0,50 gr. par litre. En quittant le service, la malade n'avait plus de trace d'albumine dans ses urines. Quant à l'urée sanguine, elle était de 0,50 gr. à l'entrée. A la sortie ce taux n'était plus que de 0,25 gr. La diurèse : de 2 litres par 24 heures.

En résumé, il s'agit d'une primipare de 36 ans, à terme, dans les antécédents de laquelle on retrouve une infection vésicale. Au cours du travail, crise d'éclampsie typique, suivie d'une période comateuse de cinq heures. Malgré l'application de forceps faite dès la fin de la crise, on n'a pu ramener qu'un enfant en état de mort apparente et qu'il a été impossible de ranimer malgré les soins habituels.

Observation n° 10

Mme S... André, primipare à terme, âgée de 23 ans, entre dans le service le 19 octobre 1944, à 9 heures. Au cours du dernier mois de sa grossesse, cette femme s'est plainte de troubles visuels, elle avait un léger œdème malléolaire, sur-

tout le soir. L'examen obstétrical montre un fœtus en O. I. D. P. La tête est engagée. Col effacé, dilatation grande paume, poche des eaux intacte. Les bruits du cœur sont bons.

12 h. 30. — La femme se plaint de baisse de l'acuité visuelle, d'une impression de mouches volantes devant les yeux. La tension artérielle est de 18-12. Les bruits du cœur sont bons. Redoutant une crise d'éclampsie, on pratique une saignée de 100 centimètres cubes et une injection intra-veineuse de 40 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique.

13 h. 10. — Malgré cette thérapeutique, apparition d'une violente céphalée frontale. La femme *fait une crise d'éclampsie typique*, suivie de coma. Les urines contiennent de l'albumine. L'urée sanguine = 0,25. La dilatation est presque complète. On fait une rupture artificielle de la poche des eaux. Il sort un liquide épais, purée de pois. On pratique une application de forceps en O. I. D. P. La descente est difficile. On fait une épisiotomie préventive. Extraction d'un garçon vivant pesant 3 kg. 200.

13 h. 30. — Délivrance artificielle pesant 600 gr. Le placenta est parsemé d'infarctus blanchâtres. Les membranes sont épaisses et dissociées.

16 heures. — La tension artérielle = 12 1/2 - 10 1/2. La malade est sortie de son coma. L'amblyopie a regressé, mais la céphalée persiste.

18 h. 30. — Réapparition des troubles visuels. La malade fait une deuxième crise convulsive. La tension artérielle = 18 - 10 1/2. On injecte une ampoule de chlorhydrate de morphine et 20 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique intra-veineux.

Le 20 octobre, à 5 heures. — *Troisième crise d'éclampsie.*

5 h. 30. — *Quatrième crise.*

Tension artérielle = 16 1/2 - 11. On injecte 20 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique intra-veineux et une ampoule de morphine en sous-cutanée.

Le 21 octobre. — Examen oculaire : pas de troubles pupillaires. Acuité et champ visuel normaux. Fond d'œil normal. Papille sans œdème. Vaisseaux non modifiés, mais *pression artérielle rétinienne élevée* (100 pour l'œil gauche). 1 gramme d'albumine dans les urines de 24 heures.

Le 24 octobre. — La céphalée a disparu. La tension artérielle = 14-10. Albumine = 0,25, mesurée au tube d'ESBACH.

Le 3 novembre. — La femme quitte le service.

Cette femme n'a pas été suivie régulièrement au cours de sa grossesse.

En résumé, il s'agit d'une primipare à terme âgée de 23 ans, qui a présenté à la fin de la période de travail une crise d'éclampsie typique, alors que la dilatation était à grande paume. On a pu, grâce à une application de forceps facile, retirer un enfant vivant. Après la délivrance, cette femme a fait trois nouvelles crises précédées de troubles visuels qui ont été traitées par les moyens habituels. Les suites de couches ont été normales. La femme est sortie le quatorzième jour.

Observation n° 11

Mme C... Marcelle, primipare à terme, âgée de 26 ans, entre dans le service le 18 octobre 1944, ayant perdu les eaux. L'examen obstétrical montre un fœtus en O. I. G. A. Les bruits du cœur sont bons. Le toucher vaginal montre un col souple et fermé non dilaté.

Le 19 octobre, à 0 h. 30. — Dilatation un franc. Les bruits du cœur sont bons.

2 h. 30. — Dilatation petite paume.

3 h. 30. — Dilatation complète. On note des efforts expulsifs. Rien ne laissait prévoir chez cette femme une *crise*

d'éclampsie qui survient à 4 h. 20. On applique un baillon. La tension artérielle est de 20-13.

4 h. 45. — Application de forceps TARNIER en gauche transverse. Extraction d'un enfant vivant du sexe masculin et pesant 2 kg. 410. Déchirure périnéale, réfection du périnée.

5 h. 30. — Délivrance naturelle et complète pesant 400 gr. La femme reprend connaissance. La tension artérielle = 12 1/2 - 9 1/2. Les suites de couches sont normales. La femme sort le 1^{er} novembre.

Antécédents pathologiques. — Depuis quelques années, cette femme a eu fréquemment des angines.

Au cours de sa grossesse elle n'a jamais présenté d'œdèmes.

On n'a jamais trouvé d'albumine dans les urines de cette femme ni avant l'accouchement ni après.

En résumé, il s'agit d'une primipare à terme, âgée de 26 ans, qui a fait une crise d'éclampsie à la fin de la période du travail, alors que la dilatation était complète. Chez cette femme on a pu, par une application de forceps rapide extraire un enfant vivant. Les suites de couches ont été normales. La malade est sortie le treizième jour.

Nous avons cru devoir, pour la clarté de l'exposé, réunir en un tableau ces 11 observations, dans lequel nous avons mis en évidence l'âge, la parité, le nombre des crises convulsives et leur moment d'apparition, l'état de la mère et de l'enfant.

OBSERVATIONS	PARITÉ	AGE	NOMBRE DE CRISES			ETAT DE LA MÈRE	ETAT DU FŒTUS
			avant le travail	durant le travail	après délivrance		
N° 1	Primipare	18 ans	0	7	0	guérison	Mort-né de 6 mois 1/2.
N° 2	Primipare	20 ans	0	0	1	Id°	Fille née à terme. Vivante.
N° 3	Deuxième pare	37 ans	0	1	0	Id°	Fille née à terme. Vivante.
N° 4	Primipare	37 ans	0	1	1	mort	Garçon né à terme. Vivant.
N° 5	Primipare	23 ans	3	0	0	guérison	Garçon mort-né de 8 mois.
N° 6	Deuxième pare	18 ans	1	0	0	Id°	Fille mort-née prématurée de 8 mois. Macérée 4 jours.
N° 7	Deuxième pare	32 ans	1	7	0	Id°	FT garçon mort-né prématuré 8 mois.
N° 8	Primipare	17 ans	3	0	0	Id°	César. 2 garçons vivants, prématuré 8 mois.
N° 9	Primipare	36 ans	0	1	0	Id°	FT. Fille. Etat mort apparente. N'a pu être ranimée.
N° 10	Primipare	23 ans	0	1	3	Id°	FT. Garçon vivant à terme.
N° 11	Primipare	26 ans.	0	1	0	Id°	FT. Garçon vivant à terme.
11 éclampsiques	72,72 % I pare	Age moyen : 26 ans.	8 crises	19 crises	5 crises	10 guéris.	7 enfants viv. (dont 2 jum.).
	27,27 % II pare					1 décès	4 morts-nés.
	8 primipares 3 deuxième pare					Mortalité maternelle 9,09 %	1 état mort apparente. N'a pu être ranimé.
	2,6 pour 1						Mortalité fœtale = 45,45 %

INTERPRETATION DES RESULTATS

Nous passerons rapidement sur l'*âge* et la *parité* de nos malades. Les chiffres que nous avons obtenus sont comparables à ceux donnés par les auteurs. En effet, si nous prenons l'âge moyen de nos éclamptiques, nous obtenons le chiffre de 26 ans. Les classiques ont fixé entre 20 et 30 ans le maximum de fréquence de l'éclampsie convulsive.

Quant à la *parité*, sur les onze que nous avons observés, il y eut huit primipares pour trois multipares, soit une proportion de 2,6 primipares pour 1 multipare, chiffre comparable à celui que donnent toutes les statistiques anciennes et récentes.

Si nous considérons maintenant la *fréquence* de l'éclampsie convulsive, nous sommes frappés par l'augmentation des crises sur le nombre total des accouchements. Il y eut, au cours de l'année 1943-1944, à la Clinique Tarnier, 2.045 accouchements pour 11 cas d'éclampsie, soit une proportion de 1 éclamptique pour 186 accouchements. Comparons ce résultat à la statistique du Professeur BRINDEAU, qui fut faite dans son service à la Clinique Tarnier, de 1922 à 1925. Nous voyons qu'il y eut 1 cas d'éclampsie convulsive pour 940 accouchements, soit plus de cinq fois moins qu'au cours de l'année qui nous intéresse. La statistique encore plus récente recueillie par PARSY à la Maternité

de Beaujon-Clichy montre qu'au cours de la période qui s'étend de 1936 à 1939, il y eut une proportion de 1 éclamptique pour 760 accouchements, soit plus de quatre fois moins que pendant l'année 1943-1944, à la Clinique Tarnier.

A QUOI FAUT-IL ATTRIBUER CETTE RECRUDESCENCE ?

ELLE COINCIDE AVEC UNE PERIODE DE GUERRE

Depuis plusieurs années, le régime de restrictions que nous subissons n'a cessé de s'accuser. L'institution des *régimes alimentaires* a été rendue de plus en plus difficile par le manque de ravitaillement d'une part, par la limitation par les pouvoirs publics du nombre de ces régimes que les médecins étaient susceptibles d'attribuer d'autre part. Il n'est pas besoin d'insister sur la difficulté qu'ont eue les femmes, principalement au cours de cette dernière année dans la Région Parisienne pour se procurer du lait, véritable aliment indispensable des femmes menacées d'éclampsie. Les classiques ont insisté sur la nécessité qu'il y avait chez toute femme en menace d'éclampsie d'instituer un régime lacté. Nous rappellerons à ce propos l'aphorisme de TARNIER selon lequel « toute femme qui, pendant huit jours, a été mise au régime lacté absolu ne fait pas d'éclampsie ».

La fatigue est le deuxième facteur favorisant l'apparition de l'éclampsie. Qui pourrait nier l'accroissement de fatigue qui est né des difficultés des moyens de transports (quelques-unes de nos malades habitaient en banlieue, ce qui n'a fait qu'accroître cette diffi-

culté), des longues stations debout aux files d'attente chez les commerçants, des démarches multiples auprès des mairies, des centres de ravitaillements, rendues obligatoires à l'époque où nous vivons. Chez elles, ces femmes, après une journée parfois harassante, devaient également se heurter à d'autres difficultés : manque de gaz, d'électricité, de moyens de chauffage, autant de causes qui augmentaient leur travail et leur fatigue.

Le froid, troisième cause favorisant l'apparition de l'éclampsie, a joué également dans l'augmentation de leur nombre. Les moyens de chauffage dont disposaient les femmes ont été considérablement réduits au cours de cette année. Chacun de nous sait par expérience avec quelle parcimonie les pouvoirs publics nous allouaient du combustible ! Nous pouvons du reste observer que les crises d'éclampsie sont d'une façon générale plus fréquentes au cours des *saisons froides* de l'année. C'est en effet en hiver et en automne qu'elles sont les plus fréquentes. En ce qui concerne nos malades, nous voyons que dans les observations n^{os} 1, 2, 3, 4, les crises d'éclampsie se sont produites en hiver (mois de janvier et février). Les observations 9, 10, 11 correspondent à l'automne (mois d'octobre). Les autres observations se situent aux mois chauds de l'année (mai, juin ou juillet). Au total, nous avons sept cas d'éclampsie dans les mois froids de l'année pour quatre seulement en été, soit une proportion de plus de 63 % de crises d'éclampsie au cours des saisons froides.

Mais le régime, la fatigue, le froid, l'influence des saisons, ne sont pas les seules raisons que l'on doive incriminer. Nous avons signalé au début de ce travail, et nous l'avons précisé au cours de nos observations, que *la plupart des éclamptiques que nous avons pu*

observer n'avaient pas été suivies régulièrement au cours de leur grossesse. C'est là un des facteurs les plus importants, et qui explique l'accroissement du nombre des éclamptiques. Un simple examen d'urine fait au cours de la grossesse, et principalement au cours des deux derniers mois, eût permis dans bien des cas, en dépistant une albuminurie latente, de mettre ces femmes à l'abri d'accidents graves pour elles-mêmes, plus encore pour l'enfant qu'elles portaient.

Quelles sont les raisons pour lesquelles ces femmes n'ont pas été consulter régulièrement au cours de leur grossesse ? Sans aucun doute, la rareté des moyens de transports, leur absence parfois, qui réduisaient ces femmes à se rendre à l'hôpital à pied, leur imposaient un trajet souvent long et fatigant. Ces femmes, bien portantes en apparence, hésitaient « à perdre » une matinée à l'hôpital pour une consultation dont la nécessité ne s'imposait pas à elles d'une façon impérieuse. C'est pourquoi nous devons user de toute notre influence auprès des femmes enceintes que nous sommes appelés à examiner pour les convaincre de la nécessité, de l'obligation même, qu'elles ont de se faire suivre au cours de leur grossesse d'une façon régulière, même si elles se sentent apparemment bien portantes.

Nous pensons donc qu'il existe *un facteur social, né des conditions de vie de la période de guerre que nous vivons dont on ne peut ne pas tenir compte et qui explique la recrudescence de l'éclampsie au cours de cette dernière année.* L'influence d'un régime défec-tueux, de la fatigue, du froid dans cette recrudescence n'est pas contestable, mais précisément, la guerre et le cortège de misères qui l'accompagne n'ont fait qu'en accentuer les conséquences.

Considérons maintenant *le moment auquel ces cri-*

ses d'éclampsie se sont produites. Nous avons recueilli 19 crises pendant le travail pour 8 crises avant le travail et 5 après la délivrance, soit une proportion de 59,3 % des crises pendant le travail ; 25 % des crises avant le travail ; et 15,6 % des crises après la délivrance.

Ces chiffres sont absolument comparables à ceux que donnent les classiques.

PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL

Bien que nous ayons vu s'élever le nombre des éclamptiques, *la mortalité maternelle*, contrairement à ce que l'on pourrait penser, s'est abaissée. En effet, nous n'avons relevé qu'un seul cas de décès sur 11 cas d'éclampsie, soit un taux de mortalité maternelle à peine supérieur à 9 %. Ce chiffre est notablement inférieur aux chiffres les plus optimistes donnés par les classiques.

Quant au *pronostic fœtal*, nous avons eu 7 enfants vivants dont 2 jumeaux pour 5 enfants morts, soit une proportion de 45,45 % de mortalité, chiffre qui est de l'ordre de celui donné par les classiques, et plutôt un peu moins élevé. Sur les cinq enfants morts, remarquons qu'il y eut quatre prématurés et un enfant né en état de mort apparente qui n'a pu être ranimé. Tous les enfants vivants sont nés à terme sauf les deux jumeaux, nés à 8 mois par Césarienne segmentaire.

Ces résultats favorables sont en *rapport avec la rapidité avec laquelle nous avons évacué l'utérus toutes les fois que les circonstances le permettaient.* Nous allons passer en revue toutes nos observations dans lesquelles nous sommes intervenus et celles dans lesquelles nous nous sommes abstenus et nous dirons

chemin faisant quelles ont été les raisons qui ont motivé notre conduite.

Nous sommes intervenus dans les observations n^{os} 7, 8, 9, 10, 11.

Observation n^o 7. — A l'admission de cette femme, les *bruits du cœur fœtal avaient disparu*. On a fait une application de forceps à dilatation complète après que cette femme eut fait 7 crises convulsives successives. L'intervention par voie haute ne pouvait donc pas être envisagée.

Observation n^o 8. — Il s'agissait d'une grossesse gémellaire au terme de 8 mois, qui a fait 3 crises convulsives, alors qu'elle *n'avait aucun signe de début de travail*. La nécessité de l'opération césarienne ne pouvait donc pas être discutée. Elle fut pratiquée entre deux crises et permit d'extraire deux enfants vivants.

Observation n^o 9. — Nous devons reconnaître ici que l'indication opératoire a été mal posée par la personne qui a décidé d'intervenir. Sans aucun doute, *il fallait faire une césarienne* et non une *application de forceps au détroit supérieur* chez une femme dont la dilatation n'était pas complète et qui présentait un œdème du col. L'enfant est mort par suite du traumatisme obstétrical. Cette extraction difficile a demandé plus de trois quarts d'heure d'efforts.

Observation n^o 10. — Dans cette observation, toutes les conditions d'une application de forceps rapide étaient requises. La dilatation était complète au moment où cette femme a présenté sa première crise convulsive. Les bruits du cœur fœtal étaient bons. On a pu extraire sans difficultés un enfant vivant.

Observation n^o 11. — L'application de forceps s'est faite dans les mêmes conditions et pour les mêmes rai-

sons que dans l'observation précédente. Dilatation complète au moment de la crise convulsive. Présentation bien engagée. On a extrait un enfant vivant.

Dans les six premières observations, nous n'avons pas hâté l'évacuation de l'utérus. Voyons ce qui a justifié notre conduite.

Observation n° 1. — C'est une femme qui a présenté 7 crises convulsives, alors qu'elle était enceinte de 6 mois et demi. Or, il nous a été donné d'observer *une seule crise* et, à ce moment, les *bruits du cœur fœtal avaient disparu*. On n'avait donc aucune chance de ramener un enfant vivant chez cette femme, dont la dilatation n'était pas faite. Dès la dernière crise, la dilatation s'est effectuée rapidement et cette femme a accouché spontanément d'un enfant mort-né et prématuré.

Observation n° 2. — La question de l'intervention ne s'est pas posée chez cette femme qui a fait une *crise d'éclampsie après la délivrance*. Elle a accouché spontanément d'une fille vivante.

Observation n° 3. — Cette femme a fait *une seule crise* au cours du travail, mais les *bruits du cœur fœtal sont restés bons* jusqu'à ce que la dilatation soit complète. Elle a accouché spontanément d'une fille vivante à terme.

Observation n° 4. — La première crise s'est produite alors que la dilatation était à petite paume. Cette femme a accouché spontanément dix minutes plus tard d'un garçon vivant à terme. Cette femme est morte 10 heures plus tard après avoir présenté une seconde crise convulsive après la délivrance. Nous pensons qu'elle est morte *de schok obstétrical*, à l'occasion duquel s'est déclenchée brusquement une asystolie aiguë.

Observation n° 5. — Cette femme a présenté *chez elle* trois crises convulsives au terme de 6 mois et demi, qui n'ont pas déclenché le travail, les bruits du cœur sont restés bons et la malade a pu rentrer chez elle après avoir subi un traitement médical et qu'on lui eût conseillé de suivre un régime lacto-végétarien jusqu'au terme de sa grossesse. Lorsqu'elle est rentrée pour la deuxième fois au terme de 8 mois et demi, *les bruits du cœur fœtal avaient disparu*. Elle a accouché spontanément d'un garçon mort-né de 8 mois sans qu'on ait pu observer de nouvelles crises.

Observation n° 6. — Cette femme enceinte de huit mois, est entrée dans le service le 8 juin pour une crise convulsive constatée par son médecin traitant. A l'examen on ne trouve aucun signe de travail. *Les bruits du cœur sont bons*. On décide d'attendre tout en surveillant étroitement la malade. Quatre jours plus tard, le travail se déclenche mais *les bruits du cœur ont disparu*. Elle accouche spontanément d'une fille mort-née, macérée, prématurée de 8 mois.

Nous sommes restés fidèles à la Clinique Tarnier, en cas d'éclampsie convulsive à *l'évacuation rapide de l'utérus*. Deux méthodes s'offrent à nous. Quand la dilatation sera complète, le fœtus bien engagé, les bruits du cœur perceptibles on aura recours à l'extraction par les voies naturelles, à l'aide d'une application de forceps, toutes les fois que le travail trainera tant soit peu.

Lorsque l'éclampsie convulsive surviendra alors qu'il n'y a aucun signe de travail, il faudra recourir à l'intervention par voie haute.

C'est à l'application de ces principes que nous devons l'amélioration du pronostic maternel et fœtal de l'éclampsie convulsive.

CONCLUSIONS

1° Conformément aux données classiques, l'éclampsie convulsive est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares dans la proportion de 2,6 primipares pour 1 multipare. C'est entre 20 et 30 ans qu'on l'observe principalement.

2° Augmentation notable du nombre des éclampsies convulsives au cours de l'année 1943-1944. Cette augmentation peut être attribuée d'une part aux difficultés de l'époque actuelle, d'autre part à l'absence des visites systématiques pré-natales parmi les femmes qu'il nous a été donné d'observer. D'où nécessité absolue des visites médicales pré-natales pour dépister les albuminuriques.

3° Le pronostic maternel est meilleur. Le taux de mortalité maternelle est inférieur aux chiffres classiques.

4° La mortalité fœtale reste inchangée.

Vu, le Doyen :
A. BAUDOUIN.

Vu, le Président de Thèse :
LANTUEJOUL.

Vu et Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BRINDEAU. — *La Pratique de l'Art des Accouchements.*

MARSAUDON ADRIEN. — *Thèse de Bordeaux* (1919-1920). « Contribution à l'étude du pronostic de l'éclampsie d'après les statistiques de la Clinique Obstétricale de Bordeaux de 1899 à 1919 ».

PASSY MAURICE. — *Thèse de Paris*, 1939. « L'éclampsie au cours des cinq dernières années à la Maternité de Beaujon-Clichy ».

Encyclopédie Médico-Chirurgicale. — Tome Accouchements.

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S
